

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI TORINO "VIA CASTELDELFINO"

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il /la sottoscritto/a

genitore di nato a il

residente a in via.....

frequentante la classe della Scuola

facente parte dell' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Via Casteldelfino"

constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco prescritto, come da allegata certificazione

medica rilasciata in data..... dal Dr,

e nell'impossibilità di somministrare personalmente il farmaco per i seguenti motivi:

.....

chiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci.

Si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data..... Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO (*)

Attestato lo stato di malattia dell'alunno (v. allegato)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascita Residente a

in via Telefono

del seguente farmaco (nome commerciale del farmaco)

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^a dose 2^a dose 3^adose 4^a dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note

Si dichiara che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

(*) RACCOMANDAZIONI DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA E DEL MINISTRO DELLA SALUTE DEL 25.11.2005 Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI TORINO "VIA CASTELDELFINO"

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Alunno/a

frequentante la classe Scuola.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare

Luogo di conservazione del farmaco

Luogo di somministrazione del farmaco

Il farmaco viene somministrato secondo le modalità della prescrizione allegata da:

1^ Persona incaricata della somministrazione

nei giorni di..... dalle ore alle ore

2^ Persona incaricata della somministrazione

nei giorni di..... dalle ore alle ore

3 Sostituto

Firma per accettazione del personale incaricato

1.....

2.....

3.....

Il genitore (per accettazione)

Il Dirigente scolastico
